



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان کرمان
دانشکده پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت درجه دکتری پزشکی عمومی

عنوان:

بررسی مقایسه ای میزان پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال
افسردگی اساسی و مقایسه با افراد سالم مراجعه کننده به بیمارستان شهید
بهشتی کرمان در سال ۱۳۹۷

استاد راهنما:

دکتر پریسا دیوسالار

استاد مشاور:

دکتر قدرت ا... رجبی زاده

پژوهش و نگارش:

صدرا غضنفری پور

سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸



**Kerman University of Medical Sciences
And Health Systems**

Thesis to receive a general doctorate

Title:

Frequency of aggression types in patients with schizophrenia, bipolar disorder, major depression disorder, and comparison with normal controls referred to Shahid Beheshti hospital of Kerman in 2019

Supervisor:

Dr. Parisa Divsalar

Advisor:

Dr. Ghodratollah Rajabi Zadeh

Research and writing:

Dr. Sadra Ghazanfari Pour

فهرست مطالب

چکیده فارسی.....	ح
چکیده انگلیسی.....	ک
فصل اول :	۱
مقدمه و اهداف.....	۱
۱-۱- مقدمه :	۲
۱-۲- اهداف جزئی :	۱۰
۱-۲-۱- اهداف کاربردی :	۱۲
۱-۲-۲- هدف کلی :	۱۳
۱-۳- فرضیات / سوالات تحقیق :	۱۳
فصل دوم :	۱۶
مروری بر مطالعات انجام شده.....	۱۶
۱-۲- کلیات :	۱۷
۲-۲- مروری بر مطالعات.....	۱۷
فصل سوم :	۲۱
مواد و روش ها.....	۲۱
۱-۳- روش تحقیق.....	۲۲
۳-۲- تجزیه و تحلیل اطلاعات.....	۲۵
۳-۳- ملاحظات اخلاقی.....	۲۵
فصل چهارم :	۲۶
نتایج.....	۲۶
فصل پنجم :	۳۸
بحث و نتیجه گیری.....	۳۸
۱-۵- بحث.....	۳۹
۵-۲- نتیجه گیری.....	۴۲
منابع و مآخذ.....	۴۴

فهرست جداول و نمودارها

- نمودار شماره ۱- فراوانی افراد مورد مطالعه در هر گروه ۲۷
- جدول ۱- اطلاعات دموگرافیک در گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۲۸
- جدول ۲- متوسط نمره پرسشنامه پرخاشگری بر اساس پرسشنامه AGQ بین گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۲۹
- جدول ۳- متوسط نمره پرخاشگری کلامی بر اساس پرسشنامه AGQ بین گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۳۰
- جدول ۴- ارتباط بین نمره پرسشنامه پرخاشگری با جنسیت، شغل میزان تحصیلات و وضعیت تاهل ۳۱
- جدول ۵- متوسط نمره پرخاشگری فیزیکی بر اساس پرسشنامه AGQ بین گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۳۲
- جدول ۶- متوسط نمره خشم بر اساس پرسشنامه AGQ بین گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۳۳
- جدول ۷- متوسط نمره خصومت بر اساس پرسشنامه AGQ بین گروه های کنترل، اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی ۳۴
- نمودار ۲- پرسشنامه پرخاشگری بر اساس گروه های مورد بررسی ۳۵
- نمودار ۳- پرسشنامه پرخاشگری بر اساس گروه های مورد بررسی ۳۶
- جدول ۸- ارتباط بین شدت افسردگی اساسی و نمره پرسش نامه پرخاشگری ۳۷

چکیده فارسی

مقدمه:

سازمان بهداشت جهانی (World Health Organization: WHO) خشونت را در میان ۲۰ علت اول سال های از دست رفته عمر با بازتوانی (Disabled Age Lost Years) طبقه بندی کرده و پیش بینی شده است که این تصویر تا سال ۲۰۳۰ افزایش یابد. روان شناسان اجتماعی عمل پرخاشگری را رفتار آگاهانه ای میدانند که هدف آن اعمال درد و رنج جسمانی یا روانی است. خشم و پرخاشگری به صورت پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خصومت، مخالفت، انتقاد، احساس رنجش، بارها درباره چیزی حرف زدن، دوری و اجتناب از مسائل و افراد ابراز میشود. خشم و خشونت با پیامدهای نامطلوب فراوانی در افراد و جوامع، مرتبط هستند و حتی ترس از خشونت، وضعیت سلامت را تحت تاثیر قرار میدهد.

مواد و روش ها:

در این مطالعه فراوانی انواع پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و جمعیت سالم مورد ارزیابی قرار گرفت. در مجموع ۵۱۸ شرکت کننده در این مطالعه شرکت داشتند و از نظر پرخاشگری فیزیکی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت مورد ارزیابی قرار گرفتند. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ (SPSS Inc., version 22, Chicago, IL) و سطح معنی داری، کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته ها:

این مطالعه به صورت بررسی مقطعی بر روی ۵۱۸ نفر در چهار گروه افراد مبتلا به افسردگی ۱۲۰ نفر (۲۳٪/۲)، اسکیزوفرنی ۱۱۴ نفر (۲۲٪)، دوقطبی ۱۱۸ نفر (۲۲٪/۸) در قیاس با ۱۶۶ نفر (۳۲٪) فرد سالم انجام گرفت. متوسط سنی افراد مورد مطالعه $35/1 \pm 12/1$ سال بود، ۲۳۳ نفر (۴۵٪) مرد و ۲۸۵

نفر (۵۵٪) زن بودند. در گروه کنترل میانگین نمره پرخاشگری $46,1 \pm 14,8$ ، میانگین نمره پرخاشگری کلامی $12,5 \pm 3,4$ ، میانگین نمره پرخاشگری فیزیکی $9,8 \pm 5,1$ ، میانگین نمره خشم $9,7 \pm 5,0$ و میانگین نمره خصومت $13,9 \pm 14,7$ بود که فراوانی همه ی این موارد به صورت معناداری کمتر از سایر گروه ها بود. ($P \text{ Value} = 0.000$) در حالیکه بین سه گروه دیگر تفاوت معنی داری در فراوانی ها مشاهده نگردید. همچنین بر طبق آزمون چند متغیره انجام گرفته بین متغیر های دموگرافیک و گروه های مورد بررسی ارتباط معناداری بین نمره این پرسشنامه در گروه های مورد بررسی با جنسیت، شغل میزان تحصیلات و وضعیت تاهل وجود نداشت. همچنین نشان داده شد که در گروه با شدت افسردگی بیشتر نمره پرسشنامه پرخاشگری نیز به صورت معناداری بالاتر است و همچنین ارتباط مستقیم معناداری بین نمره پرسشنامه پرخاشگری با نمره پرسش نامه افسردگی و نمره پرسش نامه مانیای یانگ و نیز ارتباط معکوس معنی داری بین نمره نشانه های مثبت و منفی اسکیزوفرنیا با نمره پرخاشگری وجود داشت.

نتیجه گیری:

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که به طور خلاصه میانگین نمره پرخاشگری کلامی، پرخاشگری فیزیکی، خشم و خصومت در گروه کنترل به صورت معناداری کمتر از سایر گروه ها میباشد اما بین سه گروه اسکیزوفرنیا، افسردگی و اختلال دوقطبی اختلاف معنی داری وجود ندارد همچنین ارتباط مستقیم معناداری بین نمره پرسشنامه پرخاشگری با نمره پرسش نامه افسردگی و نمره پرسش نامه مانیای یانگ و نیز ارتباط معکوس معنی داری بین نمره نشانه های مثبت و منفی اسکیزوفرنیا با نمره پرخاشگری وجود دارد. این یافته ها مدرکی را مبنی بر نیاز به درمان در بیماران مبتلا به اختلالات روانی را فراهم می آورد و تشخیص زودهنگام و کنترل رفتارها توصیه میشود.

کلمات کلیدی: پرخاشگری – اسکیزوفرنیا – افسردگی اساسی – اختلال دوقطبی

چکیده انگلیسی

Abstract

Background/Aims: The World Health Organization (WHO) classified violence among the first 20 causes of years of loss of life with rehabilitation and it is predicted that this image will increase by 2030. Social psychologists see aggression as an informed behavior aimed at physical or mental pain. Anger and aggression are expressed as physical aggression, verbal aggression, animosity, opposition, criticism, feelings of suffering, repeatedly talking about something, avoiding and avoiding issues and individuals. Anger and violence are associated with many adverse consequences in individuals and communities and even fear of violence affects the health situation

Methods: In this study, the frequency of aggression in schizophrenia, bipolar, major depressive disorder and healthy population was evaluated. A total of 518 participants participated in the study and were evaluated for physical aggression, verbal aggression, anger and animosity. The obtained data was analyzed by SPSS software version 22 (version 22, SPSS Inc., Chicago, IL) and the significance level was considered less than 0.05

Results: This cross-sectional study was conducted on 518 patients in four groups of patients with depression 120 (23.2%), schizophrenia 114 (22%), mania and 118 patients (22.8%). In scale with 166 patients (32%) The healthy person was done. The mean age of the subjects was 35.1 ± 12.1 years, 233 (45%) were in the study. Male and 285 (55%) were male. They were women. In control group, the mean score of aggression was 46.1 ± 14.8 , 12.5 ± 3.4 , 9.7 ± 5.01 and 13.9 ± 14.7 physical aggression was 9 ± 5.1 . The mean anger score was 9.7 ± 5.01 and the mean animosity score was 13.9 ± 14.7 which the frequency of all of these cases was significantly lower than other groups. There was no significant difference in frequency between the other three groups (P Value = 0.000). Also, according to multivariate test, there was no significant relationship between demographic variables and the groups under study between the scores of this questionnaire and gender, education level and marital status. It was also shown that in the group with more depression severity, the aggression questionnaire score was significantly higher and there was a significant direct relationship between aggression questionnaire score and depression questionnaire and Maniyoung

questionnaire score and also a significant inverse relationship between positive and negative symptoms score of schizophrenia and aggression score.

Conclusions: In general, the results showed that in short, the mean score of verbal aggression, physical aggression, anger and animosity in the control group was significantly lower than other groups, but between the three groups, schizophrenia, depression and bipolar disorder There was no significant difference between aggression questionnaire score and depression questionnaire and Maniyoung questionnaire and also a significant inverse relationship between positive and negative symptoms score of schizophrenia and aggression score. These findings provide evidence that treatment needs in patients with mental disorders and early diagnosis and behavior control are recommended

Keywords: Aggression, Schizophrenia, Major Depression, Bipolar Disorder

منابع و مأخذ

۱. World Health Organization. World Health Report 2003: Shaping the Future. Geneva, World Health Organization. 2003.
۲. World Health Organization. Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders. 2008.
۳. Alonso J. Burden of mental disorders based on the World Mental Health surveys. Revista Brasileira de Psiquiatria. 2012;34(1):7-8.
۴. Naghavi M, Abolhassani F, Pourmalek F, Lakeh M, Jafari N, Vaseghi S, et al. The burden of disease and injury in Iran 2003. Population Health Metrics. 2009;12:9.
۵. Iranian ministry of health and medical education. Report on the thirty-year achievements of the Islamic Republic of Iran in mental and social health and Addiction. 2008.
۶. O'Neill, H. (2006). Managing anger (2nd. ed.). John Wiley & Sons, Ltd
۷. سیف زاده، محترم (۱۳۸۸). بررسی رابطه میزان پرخاشگری بر رضایت از زناشویی در بیماران تالاسمی شهر کلاچای، پایان نامه کارشناسی دانشگاه پیام نور رودسر.
۸. Department of Health.(2001).Major mental health publicity chomping to reduce discrimination. London: Department of Health
۹. Lamb HR, Weinberger LE. (2001) Persons with severe mental illness in jails and prisons: A review. Psychiat Services;49:438-92
۱۰. Street NW, McCormick MC, Austin SB, Slope N, Habre R, Molnar BE. Sleep Duration and Risk of Physical Aggression against Peers in Urban Youth. Sleep Health. 2016; 2(2): ۱۲۹-۳۵.
۱۱. Xie X, Chen W, Lei L, Xing C, Zhang Y. The Relationship between Personality Types and Prosocial Behavior and Aggression in Chinese Adolescents. Pers Individ Dif. 2016; ۹۵(۱): ۵۶-۶۱.
۱۲. Gorman DM, Speer PW, Labouvie EW, Subaiya AP. Risk of assaultive violence and alcohol availability in New Jersey. Am J Public Health 1998; 88(1): 97-100.
۱۳. Cooley-Strickland M, Quille TJ, Griffin RS, Stuart EA, Bradshaw CP, Furr-Holden D. Community violence and youth: Affect, behavior, substance use, and academics. Clin Child Fam Psychol Rev 2009; 12(2): 127-56.
۱۴. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet 2002; 359(9314): ۱۳۳۱-۶.
۱۵. Rutherford A, Zwi AB, Grove NJ, Butchart A. Violence: A priority for public health?(part ۲). □ □□□□□□□□□ □□□□□□ □□□□□□ ۲۰۰۷□ ۶۱(۹): ۷۶۴-۷۰.
۱۶. Finkel EJ, DeWall CN, Slotter EB, McNulty JK, Pond Jr RS, Atkins DC. Using I³ theory to clarify when dispositional aggressiveness predicts intimate partner violence perpetration. J Pers Soc Psychol 2012; 102(3): 533.
۱۷. Constantinou E, Panayiotou G, Konstantinou N, Loutsiou-Ladd A, Kapardis A. Risky and aggressive driving in young adults: Personality matters. Accid Anal Prev 2011; 43(4): ۱۳۲۳-۳۱.

۱۸. Boxer P, Goldstein SE, DeLorenzo T, Savoy S, Mercado I. Educational aspiration-expectation discrepancies: Relation to socioeconomic and academic risk-related factors. *J Adolesc* 2011; 34(4): 609-17.
۱۹. Kivimäki P, Kekkonen V, Valtonen H, Tolmunen T, Honkalampi K, Tacke U, et al. Alcohol use among adolescents, aggressive behaviour, and internalizing problems. *J Adolesc* 2014; 37(6): 945-51.
۲۰. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc*. 1992; 63 (3): 452-59.
۲۱. Strachan L, Munroe-Chandler K. Using imagery to predict self-confidence and anxiety in young elite athletes. *Journal of Imagery Research in Sport and Physical Activity*. 2006; 1 (1): 125-33.
۲۲. Ashouri A, Torkaman Malayeri M, Fadaei Z. The effectiveness of assertive training group therapy in decreasing and improving academic achievement in high school students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14 (4): 389-93.
۲۳. O'conner FW, Lovell D, Brown L. (2002) Implementing residential treatment for prison inmates with mental illness. *Arch Psychiat Nurs*;XVI(5):232-8
۲۴. Jing W, Ronald, G G, Jereemy, W I. adolescent bullying behaviors: physical, verbal, exclusion, rumor, and cyber. *J Sch Psychol*. 2012; 50(4):21–34.
۲۵. Kim YH. Correlation of mental health problems with psychological constructs in adolescence: Final results from a year study. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(2):115-24.
۲۶. Maleki S, Fallahi Khoshknab M, Rahgooi A, Rahgozar M. The effect of anger management training in groups on aggression of 12-15 years old male students. *IJN*. ۲۰۱۱ □ ۲۴ (۶۹):۲۶-۳۵.
۲۷. Torshizi M, Saadatjoo SA. Relationship between aggression and demographic characteristics secondary school students in Birjand. *Mod Care J*. 2012; 9 (4) :355- 363.
۲۸. Paul-Cookey, NR, Iwuama, BC. Comparison of forms and incidence of compulsive disorder? *Journal of American Academy. Child Adolescent Psychiatry*. 2011;33: 795- 804.
۲۹. Akbari A. Adolescents and youths problems. First ed. Tehran. Savalan, 2002: 46.
۳۰. Strachan L, Munroe-Chandler K. Using imagery to predict self-confidence and anxiety in young elite athletes. *Journal of Imagery Research in Sport and Physical Activity*. 2006; ۱(۱):۱۲۵-۳۳.
۳۱. Glory N, Ahadi A, Michael O, Ojo TT. Influence of personality and demographic factor on aggressive behavior among secondary school adolescents. *British Journal of Psychology Research*. 2015;3(1): 1-6
۳۲. Nyberg, J. M., Vekovischeva, O., & Sandnabba, K. (2003). Anxiety profiles of mice selectively bred for intermale aggression. *Behavior Genetics*, 33, 5, 503-511.
۳۳. Cale, E. M., Lilienfeld, S. O. (2006). Psychopathy factors and risk for aggressive behavior: A threatened egotism” hypothesis. *Law and Human Behavior*, 30, 1, 51 -74.

۳۴. Rathus S. Psychology, Concepts and Connections. Ebrahimi Moghaddam H, Abolmaali Kh, Ranjgar B, Tahri A, Nabavi Ale-gha F, Peykani A, et al (Persian translators). First edition. Tehran, Iran: Savalan; 2007, pp: 680-5.
۳۵. Sadock BJ, Kaplan H. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Rezaei F (Persian translator). Tehran, Iran: Arjmand; 2015, pp: 642-5.
۳۶. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(6): 617–27.
۳۷. Shooa Kazemi M, Momeni Javid M. The relationship between mental health and women's tendency to suicide in sardasht. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1381-۶.
۳۸. Rutten S, Vriend C, van der Werf YD, Berendse HW, Weintraub D, van der Heuvel OA. The bidirectional longitudinal relationship between insomnia, depression and anxiety in patients with early-stage, medication-naïve Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders* 2017; 39: 31-36
۳۹. Santos AM, Benute GR, Santos NO, Nomura RM, Lucia MC, Francisco RP. Presence of eating disorders and its relationship to anxiety and depression in pregnant women. *Midwifery* 2017; 51: 12-15.
۴۰. Al maghaireh DF, Abdullah KL, Chong MC, Chua YP, Al Kawafha MM. Stress, Anxiety, Depression and Sleep Disturbance among Jordanian Mothers and Fathers of Infants Admitted to Neonatal Intensive Care Unit: A Preliminary Study. *Journal of Pediatric Nursing* 2017; 36: 132- 40.
۴۱. Al-Quisi LM. The relation of depression and anxiety in academic achievement among group of university students. *International Journal of Psychology and Counselling* 2011; ۳ (۵): ۹۶- ۱۰۰.
۴۲. Khakbaz H, Karami H, Shafi'e-Abadi A, Malmir M, Farhadi M H. The Relationship between Depression, Anxiety, Stress and Aggression in Patients with Drug Dependence. *Jrehab* 2014; 14 (S1): 15-20.
۴۳. Bahrami M, Dehdashti A, Karami M. Investigation depression prevalence and related effective factors among students at health faculty Semnan University of Medical Sciences in 2017, Iran. *Zanko J Med Sci.* 2017;18(58):24-32.
۴۴. Li Z, Li B, Song X, Zhang D. Dietary zinc and iron intake and risk of depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2017 May;251:41-47.
۴۵. Brostow DP, Petrik ML, Starosta AJ, Waldo SW. Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2017; 16(3): 181-193.
۴۶. Nasiri M, Hosseini H, Sakhaei Y, Tabrizi N, Yazdani Cherati J, Abedini M. Prevalence of Psychiatric Disorders in Patients with Multiple Sclerosis in Mazandaran, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2016; 26(140): 60-70.
۴۷. Schlosser RJ, Gage SE, Kohli P, Soler ZM. Burden of illness: A systematic review of depression in chronic rhinosinusitis. *Am J Rhinol Allergy* 2016; 30(4): 250-256.

۴۸. Battle C, James K, Temblett P. Depression following critical illness: Analysis of incidence and risk factors. *Journal of the Intensive Care Society* 2015; 16(2): 105-108.
۴۹. Montazeri A, Mousavi SJ, Omidvari S, Tavousi M, Hashemi A, Rostami T. Depression in Iran: A systematic review of the literature (2000-2010). *Payesh*. 2013;12(6):567-94.
۵۰. Moayedoddin B, Rubovszky G, Mammana L, Jeannot E, Sartori M, Garin N, et al., Prevalence and clinical characteristics of the DSM IV major depression among general internal medicine patients. *Eur J Intern Med*. 2013;24(8):763-6
۵۱. Sadeghirad B, Haghdoost AA, Amin-Esmaili M, Ananloo ES, Ghaeli P, Rahimi-Movaghar A, et al. Epidemiology of major depressive disorder in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Prev Med*. 2010;1(2):81-91.
۵۲. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Beekman AT, Penninx BW. Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. *Psychol Med*. ۲۰۱۷□۴۷(۳):۵۴۳-۵۲
۵۳. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003;289(23):3095-105.
۵۴. Johansson R, Carlbring P, Heedman Å, Paxling B, Andersson G. Depression, anxiety and their comorbidity in the Swedish general population: Point prevalence and the effect on health-related quality of life. *PeerJ*. 2013;1:e98.
۵۵. D'Avanzato C, Martinez J, Attiullah N, Friedman M, Toba C, Boerescu DA, et al. Anxiety symptoms among remitted depressed outpatients: Prevalence and association with quality of life and psychosocial functioning. *J Affect Disord*. 2013;151(1):401-4.
۵۶. Serretti A, Chiesa A, Calati R, Sentissi O, Akimova E, Kasper S, et al., Family history of major depression and residual symptoms in responder and non-responder depressed patients. *Compr Psychiatry*. 2014;55(1):51-5.
۵۷. Ishak WW, Ha K, Kapitanski N, Bagot K, Fathy H, Swanson B, et al. The impact of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination on quality of life in depression. *Harv Rev Psychiatry*. 2011;19(6):277- 89.
۵۸. Organization, W. H. (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates.
۵۹. Mohammad Beigi AAF, Mohammad Salehi N, Ghamari F, & Salehi B. (2009). Depression symptoms prevalence, general health status and its risk factors in dormitory students of Arak universities 2008. *Arak Medical University Journal*, 12(3), 116-123.
۶۰. Zarepoor F, Kamali M, Alagheband M, Gheisari M, & Sarlak S. (2012). Evaluation of depression and its relationship to exercise in women over 20 years. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 20(1), 64-72.
۶۱. Amani F, Sohrabi B, Sadeghieh S, & Mashoufi M. (2004). The prevalence of depression among the students of Ardabil University of Medical Sciences, 2003. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 3(11), 7-11.

۶۲. Servatyari, K., Yousefi, F., Kashefi, H., Bahmani, M. P., Parvareh, M., & Servatyari, S. (2018). The relationship between parenting styles with the aggression of their children in sanandaj primary students. *International Journal of Biomedicine and Public Health*, 1(3), ۱۴۱-۱۴۷.
۶۳. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-III. Washington DC.
۶۴. Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Williams & Wilkins Co.
۶۵. Green MJ, Cahill CM, Malhi GS. The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *J Affect Dis* 2007; 103(1): 29-42.
۶۶. Van Rheenen TE, Rossell SL. Objective and subjective psychosocial functioning in bipolar disorder: an investigation of the relative importance of neurocognition, social cognition and emotion regulation. *J Affect Dis* 2014; 162: 134-41.
۶۷. Solé B, Vieta E, Martínez-Arán A. Thinking ahead: Executive dysfunction in bipolar disorder. *European Neuropsychiatry* 2016; 26(8): 1348-9.
۶۸. Afshari B, Omidi A, Sehat M. The effect of dialectical behavior therapy on executive function in patients with a bipolar disorder. *Feyz* 2018; 22(4): 412-8.
۶۹. McCloskey G, Perkins LA, Van Diviner B. Assessment and intervention for executive function difficulties. Routledge; 2008.
۷۰. Kushan M, Vaghei S. [Psychiatric Nursing: Mental Health 2.] Tehran: Andisheh Rafi; ۲۰۱۵.
۷۱. Haresabadi M, Bibak B, Hosein zadeh E, Bayati M AM, Akbari H. [Assessing burden of family caregivers of patients with schizophrenia Admitted in Imam REZA hospital-Bojnurd.] *JNKUMS*. 2012;4(2):165-71.
۷۲. Haji Aghaei N, Sheikhi M R, Zeighami R, Alipour M. [Follow up of the impact of family-centered psychoeducation based on Atkinson and Coia's model on the relapse and severity of symptoms in schizophrenia.] *IJPN*. 2017;5(4):27-33.
۷۳. Chimeh N, Malakoti SK, Panaghi, Ahmad Abadi Z, Nojomi N, Ahmadi Tonkaboni. [Care Giver Burden and Mental Health in Schizophrenia.] *Journal of Family Research* ۲۰۰۸□۴(۳):۲۷۷-۹۲.
۷۴. Shokraneh E, Ahmadi SA. [The effects of family cognitive training on improving the treatment of schizophrenic patients.] *Journal of Family Research*. 2009;5(1):17-28.
۷۵. Brewin CR, Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clin psychol rev*. 2003; 123(: 339-76.
۷۶. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2005; 324-49.
۷۷. Kaplan HI, Sadock BJ. Psychiatry Synopsis. Rezaee F, Translator. Tehran: Arjmand. ۲۰۰۷.

۷۸. Nazemi H, Bigdeli I, Hasani J. The Comparison of prospective and retrospective memory in patients with schizophrenia, obsessive compulsive disorders and normal individual. *J of Clinic Psychol.* 2015; 1(25): 95-103.
۷۹. Yousefi R, Arizi H, Sadeghi S. Assessment of cognitive insights among psychiatric patients. *J Sci Res Psychol.* 2007; 4(11): 381-93.
۸۰. Bhattacharya K. Cognitive Function in Schizophrenia: A Review. *J Psychiatry.* 2015; ۱۸(۱): ۱-۸.
۸۱. Michel, Natalie. (2013). *WAIS-IV Profile of Cognition in Schizophrenia*. Department of Psychology York University.
۸۲. Raeyat Meoini F, Hassanabadi H, Aghamohammadian S. Comparing theory of mind and executive Functions in obsessive compulsive disorder, schizophrenia, bipolar and normal individuals, *J of Clinic Psychol.* 2014; 2(22): 29-40.
۸۳. . Bavily Maralani H, Rezaei O, Dolatshahi B, Noorian N. The Comparison of cognitive deficits between patients with bipolar disorder type I with schizophrenic patients. *Journal of contemporary psychology.* Vol.4. No.2.
۸۴. Hurtado, MM1. (2016). Are executive Functions related to emotional intelligence? A correlational study in schizophrenia and borderline personality disorder.
۸۵. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *PharmacoEconomics.* 2008; 26(2):149-62.
۸۶. Geller J. Living with schizophrenia. Occoquan: World Federation for Mental Health Publication; 2014.
۸۷. Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Úrizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2005; 40(11):899–904.
۸۸. Fink B. A Clinical introduction to lacanian psychoanalysis. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press; 2004.
۸۹. Simourd, D. J., & Hoge, R. D. (2000). Criminal psychopathy: A risk-and-need perspective. *Criminal Justice and Behavior*, 27, 256–272.
۹۰. Salekin, R. T., Rogers, R., & Sewell, K. W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist and Psychopathy Checklist—Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203–215
۹۱. Javier Ballester, Benjamin Goldstein, Tina R Goldstein, Haifeng Yu, David Axelson, Kelly Monk. Prospective longitudinal course of aggression among adults with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2014 May ; 16(3): 262–269.
۹۲. Javier Ballester, Tina Goldstein, Benjamin Goldstein, Mihaela Obreja, David Axelson, Kelly Monk. Is bipolar disorder specifically associated with aggression? *Bipolar Disord.* ۲۰۱۲ □□□ □ ۱۴(۳): ۲۸۳–۲۹۰.
۹۳. Tiffany R Farchione, Boris Birmaher, David Axelson, Cathy Kalas, Kelly Monk, Mary Ehmann, Satish Iyengar, David Kupfer. Aggression, hostility, and irritability in children at risk for bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2007 August ; 9(5): 496–503.

۹۴. Yeqing Wu, Ruiying Kang, Yuxiang Yan, Keming Gao, Zhiwu Li, Jun Jiang, Xueyang Chi, Lili Xia. Epidemiology of schizophrenia and risk factors of schizophrenia-associated aggression from 2011 to 2015. *Journal of International Medical Research*. 2018, Vol. ۴۶(۱۰): ۴۰۳۹-۴۰۴۹.
۹۵. Matthew J. Hoptman. Impulsivity and Aggression in Schizophrenia: A Neural Circuitry Perspective with Implications for Treatment. *CNS Spectr*. 2015 June ; 20(3): 280-286.
۹۶. Laetitia Meyrueix, Gabriel Durham, Jasmine Miller, K. Bryant Smalley. Association between Depression and Aggression in Rural Women. *J Health Dispar Res Pract*. 2015 ; ۸(۴): ۱۳۶-۱۴۴.
۹۷. Samani S. Study of Reliability and Validity of the Buss and Perry's Aggression Questionnaire. *IJPCP*. 2008; 13 (4) :359-365.
۹۸. دابسون کیت استفان، محمدخانی پروانه. مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. توانبخشی. ۱۳۸۶. دوره ۸، شماره ۲۹: ۸۰-۸۶.
۹۹. Tohen M, Frank E, Bowden CL, Colom F, Ghaemi SN, Yatham LN, Malhi GS, Calabrese JR, Nolen WA, Vieta E, Kapczinski F, Goodwin GM, Suppes T, Sachs GS. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force report on the nomenclature of course and outcome in bipolar disorders. *Bipolar Disorders* 2009; 11: ۴۵۳-۴۷۳.
۱۰۰. شعبانی، امیر و عطایی، مینا و پناغی، لیلی. هم ابتلایی اختلال وسواسی- جبری در دوره های مانیا و بهبودی بیماران دوقطبی. مجله دانشکده پزشکی ۱۳۸۴، ۶۳(۵): ۳۸۶-۳۸۷.
۱۰۱. Young RC, Biggs JT. Young mania rating scale. *Handbook of psychiatric measures*. Washington 2000; 540- 542.
۱۰۲. Watson D, Clark LA. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depression disorders. *Journal of Abnormal psychology* 1988; 97: 346- 353
۱۰۳. بخشی پور، عباس و دژکام، محمود. تحلیل عاملی تاییدی مقیاس عاطفه مثبت و منفی. مجله روانشناسی ۱۳۸۴، ۹(۴): ۳۵۱-۳۶۵.
۱۰۴. دکتر سید مهدی صابری، دکتر نیکو دهقانیزاده، دکتر حسن توفیقی زواره، دکتر شاهرخ مهرپیشه، دکتر آزاده معماریان. مقایسه جرایم ارتكابی توسط بیماران اسکیزوفرنیک و اختلال دوقطبی مراجعه کننده به بخش روانپزشکی قانونی استان تهران از اردیبهشت ۱۳۸۶ تا اردیبهشت ۱۳۸۷. مجله علمی پزشکی قانونی / دوره ۱۸، شماره ۱، بهار ۱۳۹۱، ۴۵-۳۹.
۱۰۵. زینت مطلق، احمدی جویباری، جلیلیان، میرزایی علویجه، آقائی، کریم زاده شیرازی. بررسی شیوع و عوامل مرتبط با پرخاشگری در بین نوجوانان شهر یاسوج. تحقیقات نظام سلامت، ۲۰۱۳. ۹(۳)، ۳۱۲-۳۱۹.

۱۰۶. ویدا وکیلی، احمدرضا ظریفیان، فائزه موحدیانفر، منیبا بیجاری، ملیحه ضیائی. شیوع رفتارهای پرخاشگری در جمعیت عمومی شهر مشهد، ایران، ۱۳۹۳. مجله ی اصول بهداشت روانی. ۱۸(۳). ردیبهشت و خرداد ۱۳۹۵، صفحه ۴۴-۱۳۹.



وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی کرمان

دانشکده پزشکی - آموزش بالینی

نمره نهایی دفاع از پایان نامه

پایان نامه تحصیلی دکتر صدرا غضنفری پور

تحت عنوان: بررسی مقایسه ای میزان پرخاشگری در بیماران اسکیزوفرنی، دوقطبی، اختلال افسردگی اساسی و افراد سالم
در بیمارستان شهید بهشتی کرمان در سال ۱۳۹۷

جهت دریافت درجه دکترای پزشکی عمومی

در تاریخ ۹۹/۵/۳۰ باحضور اساتید راهنما و اعضای محترم هیئت داوری دفاع و با میانگین نمره ۱۹/۸۴ مورد تایید
قرار گرفت.

سمت

استاد راهنما

استادیار

دکتر پریسا دیو سالار

سمت

استاد مشاور

دانشیار

دکتر قدرت الله رجبی زاده

مهر و امضای مسئول شورای پژوهشی بالینی



مرکز آموزشی درمانی فنی پور

صور جلسه دفاع از پایان نامه

جلسه دفاع از پایان نامه خانم/ آقای صبا عظیمی کاکری دانشجوی دوره دانشجوی دوره دانشکده پزشکی

افضای پور با عنوان

بررسی تاثیرات درمانی و تغذیه ای در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

در ساعت ۸:۳۰ روز پنجشنبه تاریخ ۱۳۹۹/۰۵/۳۰ با حضور اعضای محترم هیئت داوران و نماینده شورای پژوهشی

بالینی دانشکده پزشکی برگزار گردید.

سمت	نام و نام خانوادگی	نمره (از بیست)	مهر و امضاء
استاد(ان) راهنما	<u>دکتر سید علی حسینی</u>	<u>۱۹</u>	<u>دکتر سید علی حسینی</u>
استاد(ان) مشاور	<u>دکتر سید علی حسینی</u>	<u>۱۹</u>	<u>دکتر سید علی حسینی</u>
عضو هیأت داوران	<u>مهران عقیقی</u>	<u>۱۹/۶۰</u>	<u>دکتر مهران عقیقی</u>
عضو هیأت داوران	<u>آقای ...</u>	<u>۱۹/۴۰</u>	<u>دکتر ...</u>
عضو هیأت داوران (نماینده شورای پژوهشی بالینی)	<u>دکتر سید علی حسینی</u>	<u>۲۰</u>	<u>دکتر سید علی حسینی</u>

پس از استماع مراحل اجرا و نتایج حاصله، پایان نامه با درجه عالی و نمره ۱۹/۸۲ (از بیست) مورد تأیید قرار گرفت.

روال برگزاری جلسه دفاع از پایان نامه و صحت مدارک ارائه شده شامل خلاصه مقالات و مقالات استخراج شده از پایان نامه مورد تأیید

اینجانب دکتر سید علی حسینی نماینده شورای پژوهشی بالینی می باشد.

مهر و امضاء

دکتر سید علی حسینی

